心理科学进展 2022, Vol. 30, No. 3, 648–659
Advances in Psychological Science https://doi.org/10.3724/SP.J.1042.2022.00648

促进当事人的改变：基于治疗性最近发展区的视角*

王东美 项可嘉

(南京大学社会学院心理学系，南京 210023)

摘 要 作为心理治疗的有效区域，治疗性最近发展区是指当事人当前适应问题经验的能力和通过治疗师的协助能够达成的潜在能力之间的距离。早期的同化模型理论更注重对心理治疗改变过程的描述，治疗性最近发展区理论则能够进一步解释治疗师在不同阶段的帮助策略。在研究上，治疗性最近发展区理论建立在非传统的方法论基础上，通过不断累积个案的质性研究，帮助治疗师理解和解释不同咨询效果的互动过程，并使理论得到持续发展；在临床上，治疗性最近发展区为理解心理治疗过程中倒退现象提供了新视角，并能够有效指导在治疗过程中采取挑战性还是支持性策略。未来研究可从临床上探索经验丰富的治疗师的实践智慧，也可选取较大跨度的治疗对话序列，对不同流派的特点，从不同参与者的视角出发进行研究，进而深化对心理治疗过程机制的理解。

关键词 治疗性最近发展区，同化模型，倒退，治疗协作，治疗过程

分类号 R395

当事人的改变是心理咨询与治疗的主要目的之一。心理治疗的不同流派都试图发展一套关于如何促进当事人改变的理论与方法，但是随着研究的推进，研究者发现不同流派的治疗具有等同效果，不同流派的治疗效果几乎不存在差异(Ahn & Wampold, 2001; Cuijpers et al., 2019; Luborsky et al., 1975)。因此，近年来心理治疗的研究主要集中于对促成当事人改变的共同要素进行尝试性的探索，并试图对心理治疗的过程机制做出泛理论的解释。作为其中一个代表，Stiles 等人(1990, 1991)提出了同化模型，构想了成功心理治疗的八个阶段，并积累了大量支持同化模型的证据(Aro et al., 2021; Basto et al., 2021; Caro Gabalda & Stiles, 2020a; Meystre et al., 2014; Osatuke & Stiles, 2006, 2011; Stiles, 2001; Stiles & Brinegar, 2007; Stiles et al., 1995; Ribeiro et al., 2016)。基于同化模型理论和维果茨基的最近发展区理论，Leiman 和 Stiles (2001)首次提出了治疗性最近发展区(Therapeutic Zones of Proximal Development, TZPD)这一概念，治疗性最近发展区指当事人当前适应问题经验的能力和通过治疗师协助所能达到的适应问题经验能力之间的距离(Leiman & Stiles, 2001)。当治疗师在治疗性最近发展区内展开工作时，当事人更容易发生改变。作为理解心理治疗改变过程的一个新概念，它能增进对心理治疗中倒退现象的理解，为促进当事人改变提供易操作的理论框架，也能为治疗师选择支持还是挑战的干预策略提供精确指导。本文将对此理论的发展脉络、相关研究、临床启示及未来可能的研究方向进行介绍。

1 治疗性最近发展区提出的理论脉络

理解治疗性最近发展区的概念及其研究应用需要从两个角度入手。一方面，治疗性最近发展区是对同化模型理论的进一步扩展，能够解释当事人是如何不断进步的；另一方面，引入维果茨基的最近发展区概念，强调心理治疗中变化的发生取决于治疗师和当事人的相互作用，而不仅仅是当事人的一种能力、气质或者技能(Leiman & Stiles, 2001)。

收稿日期：2021-03-26
* 江苏省社科基金重大项目(18ZD010)和江苏省社科基金青年项目(20SHC001)资助。
通信作者：王东美, E-mail: wangdm@nju.edu.cn

1.1　同化模型(Assimilation Model)

同化模型理论(Stiles et al., 1991)将人格分解成可追踪的部分，并把个体内部彼此联系却又相互矛盾的部分用“声音”来比喻，分为主导声音和问题声音(Honos-Webb & Stiles, 1998; Stiles, 1997, 1999)。主导声音是一种自我运作的声音和内部组织者，代表更常见和熟悉且已被同化的个体经验；表达问题经验的声音则与主导声音相互冲突，因此被主导声音驱逐和排斥，当问题声音被感知和付诸行动时，它会引起心理上的痛苦或混乱(Honos-Webb et al., 1998; Osatuke & Stiles, 2006; Osatuke & Stiles, 2011)。在这一模型中，心理问题被认为独立于个人的其他经验，由于这些问题经验通常和痛苦或创伤性的经历相联系，所以它们常常处于缄默状态并与其他经验保持隔离，进而会对当事人本身产生威胁(Stiles, 1997; Stiles et al., 1990, 1991)。在效果良好的治疗案例中，问题经验(问题声音)得以表露并与主导声音展开对话，最终被同化整合成个体的一部分，因此心理治疗就是对问题经验同化的过程(鲁艳桦, 江光荣, 2012; Stiles & Brinegar, 2007)。

Stiles 等人(2001)在同化模型基础上总结了同化问题经验连续体(Assimilation of Problematic Experiences Sequence, APES)，展现了问题同化的八个阶段，分别为：回避/隔离、不想要的想法/主动逃避、模糊觉察/出现、问题陈述/澄清、理解/领悟、应用/修通、问题解决、掌控。每个阶段都具备特定层次的认知和情感特征，代表着主导声音和问题声音之间关系的变化，以及一个潜在的问题经验被主体同化的过程。尽管心理问题存在特殊性和差异性，但当事人有可能在问题经验的同化序列中的任一阶段进入治疗，只要是沿着这一连续体前进都可以被视为治疗的进步(Stiles, 2001)。通过关注非主导声音并对抗主导声音，治疗师希望帮助当事人建立声音之间的对话，因此直接鼓励问题声音或者挑战主导声音有助于推动问题声音的出现。通过这种方式，治疗师试图打破主导声音的支配地位，增加两种声音之间对话的可能性(Caro Gabalda & Stiles, 2020a)，从而提高当事人对问题经验的适应能力。

国内外研究者采用同化问题经验量表使心理改变这一宽泛而模糊的概念具体化，赋予问题经验同化过程操作化的定义，便于判断和把握同化的不同阶段(鲁艳桦 等, 2015; Basto et al., 2018; Cheston et al., 2017)，在临床和实践上取得了一定的进展。然而，同化模型的早期理论更注重对心理治疗改变过程的描述，但并未解决治疗师在同化不同阶段应提供何种帮助的问题，而随后提出的治疗性最近发展区概念则对此做出了解答(Zonzi et al., 2014)。治疗性最近发展区表明，问题的解决有一个有效区域，在这个区域之外的干预可能无效，而在成功的心理治疗中该区域会逐渐发展(Stiles et al., 2016)。

1.2　心理治疗中的最近发展区

“最近发展区”是维果茨基(1978)在对儿童智力的研究中提出来的概念，他认为“儿童独立解决问题时能达到的发展水平(实际发展水平)与儿童在成年人或有能力的同龄人的帮助下能达到的发展水平(潜在发展水平)之间的距离”即“最近发展区”。后来心理治疗领域的一些学者将这一概念用来理解治疗关系，如：在精神分析治疗中，被分析者的最佳人际关系情境便是其最近发展区(也可视为“积极移情”)，它既为移情关系提供支持，也为改变提供动力，分析师需要结合这个区域并利用好移情，来促使被分析者产生领悟，如果不使用最近发展区，单靠移情，只会不断地重复，而无法促成被分析者的改变(Wilson & Weinstein, 1996)；在认知心理治疗中，最近发展区也被视为一种个案概念化的工具，正如老师在学生的最近发展区中提供新的理解一样，如果治疗师能够与当事人共享最近发展区这一概念并指出当事人背后的问题模式，也可以促发当事人对自我的理解(Ryle, 1994)。

Leiman 和 Stiles (2001)在同化模型的基础上，借用了“最近发展区”概念，正式提出了“治疗性最近发展区” (Therapeutic Zones of Proximal Development, TZPD)这一概念。治疗性最近发展区(也可译作“有效治疗的最近发展区”，为了与国内已有研究统一，本文通篇仍采取“治疗性最近发展区”译法，以避免概念混淆)指当事人当前适应非主导声音(问题声音)的能力和通过治疗师的协助能够达成的潜在能力之间的距离(Leiman & Stiles, 2001; Ribeiro et al., 2013)。治疗性最近发展区是同化问题经验连续体(APES)的一部分，在治疗师的协助下，当事人可以从一个阶段达到另一个阶段(Leiman & Stiles, 2001)。值得注意的是，治

疗性最近发展区并非指一项能力，或是一个稳定的特质，而是指治疗师和当事人的联合行动或者互相作用，即治疗师和当事人的合作过程，随着协作的进行，治疗性最近发展区也会发生改变。在理解治疗性最近发展区时，需要与儿童认知发展的“最近发展区”区分开来：第一，心理治疗中的当事人克服心理困难的途径可能会受限于避免心理痛苦的尝试，这与儿童最近发展区的发展水平可能会受到认知能力的影响有所不同。当事人需要觉察自己的内部体验，需要一些反思性的思维，并理解重复的行为模式以及产生新的行为和体验方式，因此，研究者建议将治疗性最近发展区视为同化问题经验连续体的一部分，通过治疗师的协助，当事人可以从一个阶段到达另一个阶段，改变可以发生单个同化经验连续体中一个以上的级别。第二，必须明确心理治疗中治疗师协助的性质，即治疗师通常通过提供各种有用的技术如重述、澄清和面质、积极关注、解释等方法，让当事人获得自我觉察和反思的技巧，在某些疗法中，鼓励当事人探索替代观点，甚至尝试替代行动(例如，通过家庭作业)。为了让这些技术发挥作用，这类干预必须在治疗性最近发展区的同化连续体中进行(Leiman & Stiles, 2001)。

1.3 治疗性最近发展区的理论构想

为了说明治疗性最近发展区的各个阶段，Ribeiro 等人(2013)在治疗性最近发展区概念基础上，编制了治疗协作编码系统(Therapeutic Collaboration Coding System, TCCS)。治疗协作编码系统连接并整合了心理治疗中的两种变化理论：同化模型和创新时刻模型。同化模型理论在上文已介绍过。创新时刻模型是指从叙事的角度来看，非主导声音表达出来的时刻构成了主导自我叙事(主导声音)的例外，并被认定为创新时刻(innovative moments, IMs) (Goncalves et al., 2009; Goncalves & Stiles, 2011)。非主导声音的表达可以改变当前声音团体内的构成，打破主导声音的支配地位，为发展新的意义提供机会。因此，通过发展一种修正的、可替代的自我叙述，创新时刻的积累能够推动治疗进程。通常情况下，当事人在投入治疗时忍受用另一种方式体验世界的能力是有限的，所以治疗师需要提供一种氛围，在这种氛围中，新体验或创新时刻可以被容忍。因此，治疗活动有两个主要组成部分：首先，治疗师支持他们的当事人，帮助他们感到安全，比如从他们当前占主导地位但不适应的自我叙述角度理解和接受经验；第二，治疗师可能会挑战占主导地位的不适应的自我叙述，以当事人的视角促进即时信息的出现并给予修正。Ribeiro 等人(2013)建议治疗协作在治疗关系中能够保持动态平衡，也就是说，治疗师必须在治疗性最近发展区内工作，在这个区域内，当事人不仅感到安全，而且能够体验创新时刻。

治疗协作编码系统的优势是可以帮助研究人员更好地了解治疗进程中即时发生的互动关系变化，并帮助治疗师更好地调节关系。治疗协作编码系统包括两个阶段：第一个阶段，包括治疗师介入方式的分类和子分类(包括支持和挑战性技术)和当事人反应的分类和子分类(包括确认和不确认的回应)；第二个阶段，需要在治疗师介入和当事人回应的组合基础上确定治疗性交流的类型(主要指当事人的回应−体验)。治疗协作编码系统主要评估治疗师的干预措施如何回应当事人的问题表达以及当事人的行为是否证实了治疗师的建议。从这些评估结果中，使用者不仅能够判断治疗是在当事人当前治疗性最近发展区的内部或外部工作，还能够判断治疗落在治疗性最近发展区6个区段中的哪一个区段。因此，可以将心理治疗中的治疗协作理解为当事人和治疗师共同努力将治疗焦点保持在治疗性最近发展区内(Ribeiro et al., 2016)。结合治疗师的干预和当事人的反应，可以确定治疗干预处于治疗性最近发展区的特定位置，见图 1。

如图 1 所示，(1)如果干预低于治疗性最近发展区的下限，则治疗师的干预处于问题已经解决的水平，或者干预与当前问题无关。当事人可能会觉得无聊，认为治疗无效。(2)如果干预处于治疗性最近发展区的下限，当事人会体验到冲突情绪。他们最初接受治疗师推荐的意见，但随后会出现相反意见。因此，出现确认和不确认混合信号的趋势，趋于风险。(3)如果干预在治疗性最近发展区范围内，并接近当事人的实际水平，当事人会体验到安全感。他们通常确认干预，并可能保持或超过治疗师所提出的水平。(4)如果干预在治疗性最近发展区范围内，但更接近当事人的潜在水平，当事人将面临可容忍的风险。同样，他们通常会确认干预，但可能会滞后或停留在治疗师

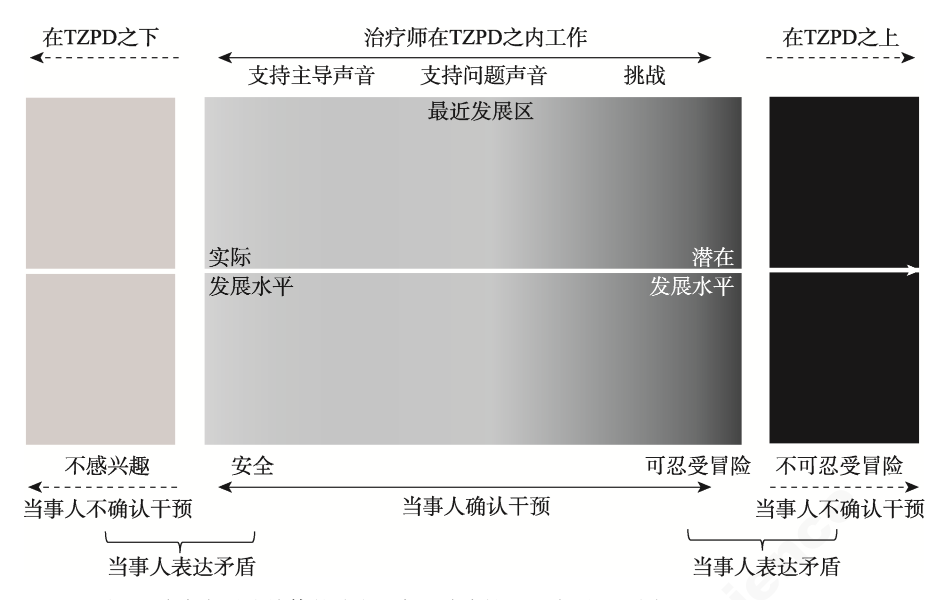


图 1　治疗发展连续体的片段，表示治疗性最近发展区(引自 Ribeiro et al., 2013)

建议的水平。(5)如果干预处于治疗性最近发展区的上限，当事人会感到矛盾。他们最初接受治疗师提出的观点，但随后持相反的观点。因此，当事人往往表现出确认和不确认的混合迹象，很可能落后于治疗师提出的水平，趋于安全。(6)如果干预超过治疗性最近发展区的上限，当事人将面临无法承受的风险。他们通常不会确认治疗师的参与，于是改变话题、误解或变得防御。

需要指出的是，当事人的治疗性最近发展区在整个治疗过程中会不断变化。对当事人来说，在某一时刻有风险(接近潜在水平)的东西可能会变得安全(接近实际水平)。另一方面，当挫折不可避免地发生时(Caro-Gabalda & Stiles, 2009, 2013)，在某一时刻看似安全的东西在下一刻可能会变得危险。

目前的研究表明，治疗超过当事人实际治疗性最近发展区的两种情况是同化问题经验阶段水平的倒退和干预措施失效。在倒退中，当事人会将对话转移到另一个问题上，即处于较低的同化问题经验水平(Caro-Gabalda & Stiles, 2013)。在干预无效时，当事人可能忽略干预，积极反对干预或以某种方式改变话题(倒退也可能被视为无效干预) (Ribeiro et al., 2013)。在一些心理疗法中，挑战性干预是不可或缺的一部分，这些措施用于促进当事人理解，引导当事人采用新的视角或尝试新的行为策略。因此，超过治疗性最近发展区和随之而来的倒退是常见的(Caro-Gabalda & Stiles, 2013; Ribeiro et al., 2014)。在某些时刻，治疗师可能会利用这些干预措施来探索可能的进展，故意测试极限。由于心理治疗有时是通过反复试验进行的，所以超过治疗性最近发展区可能被认为是一个临床误差。在治疗性最近发展区中，治疗师的干预能够有效促进改变，治疗师应该挑战当事人，但不能超出当事人能够“容忍”的范围(Coutinho et al., 2011)，因此治疗师必须准确估计当前治疗性最近发展区的位置和宽度，制定和调整其中的干预措施，以当事人能够承受的速度小心地推动治疗。如果治疗师准确识别出治疗过程中超过治疗性最近发展区的状态，并修复这个临床误差，那么当事人几乎不会受到伤害。然而，如果治疗师在治疗无效的情况下仍然坚持挑战或者如果他们无法根据当事人的发展水平调整干预措施，超过治疗性最近发展区可能导致非常严重的后果。Stiles 等人(2016)在分析不同效果案例的逐字稿后发现，在治疗超过当事人治疗性最近发展区时，治疗师能够通过同感当事人的处境，支持当事人，跟进当事人提出的新对话主题等方法来实现对临床误差的修正。治疗性最近发展区可以移动，并且其区间对于不同的当事人或问题可能不同(Zonzi et al., 2014)，不同的干预措施适用于不同的同化问题经验水平(Meystre et al., 2014)。优秀的治疗师需要持续地关注、共情和适当地反

应，适应当事人的新需求，对于不同的当事人、不同的问题和不同的治疗方法，选择恰当的干预手段。此外，Hacohen 等人(2019)在同化经验问题连续体的基础上创新性地提出了双人 APES (TPA)连续体，对当事人和治疗师在治疗过程中共同波动的自我状态进行探索，为理解治疗变化和实际进程与治疗结果的关系提供了不同的研究角度。研究发现当事人和治疗师对彼此自我状态水平差异的认知可能会促使双方尤其是当事人理解与自我状态之间的张力和关系，正因如此，当事人对探索的忍受能力也得到增强，从而拓宽他们认知自我、思考自我的限度(Hacohen et al., 2019)。

2 治疗性最近发展区的研究及其进展

2.1 研究方法论

Stiles 在建立同化模型和治疗性最近发展区理论的时候，遵循的是“理论建构质性研究”(Theory-Building Qualitative Research)的方法论。该方法论认为心理治疗理论背后的逻辑基础并不是主流心理学当中以假设检验为主的归纳逻辑(induction)，而是溯因逻辑(abduction) (Stiles, 2010; 2020)。美国实用主义科学家皮尔斯认为，科学研究背后的逻辑不是归纳而是溯因。皮尔斯提出的溯因逻辑的三段论结构是这样的：

“如果我们观察到了新奇的事实 C,
且如果 A 为真, C 就一定会出现,
那么此时我们就有理由假设, A 为真。” (徐健吾, 2019)。

从这个三段论结构中可以看出，与传统的演绎和归纳逻辑不同，溯因逻辑强调事实先于理论。科学研究的过程其实是在不停地发现新事实的基础上，不断地修改和完善现有理论。这与我们传统上认为的通过理论演绎做出假设，然后设计研究来验证假设的逻辑正好相反。

Stiles (2020)认为心理治疗的研究对象决定了主流的假设检验方法并不适用于心理治疗理论的研究和完善。因为心理治疗的研究对象是心理治疗过程和每一个当事人。每一次心理治疗都是独一无二且不可复制的；每一个当事人都有自己不同的经历和问题。这就导致了心理治疗研究对象的复杂性，因此也难找到大量完全一样的案例来使用假设检验的方法来检验理论(Smedslund, 2016)。根据溯因逻辑，心理治疗理论的建立应当以个案研究为主，通过累积不同的案例，来不断修正理论。修正理论的原则就是要能够解释之前所有的案例，使得理论能够得到不断地完善。按照这样的逻辑，Stiles 又进一步将同化模型和治疗性最近发展区理论都归为解释性理论(Explanatory theory)，而不是治疗理论(Treatment theory)。两者的区别在于，解释性理论的目的是描述对象的特征和事物之间的关系，提供解释的理论框架，从而指导治疗实践，但是又不界定具体实践方法的对与错。相对应地，治疗理论描述的是治疗实践的原则和具体方法，这些原则和方法直接决定了治疗师的实践工作(Stiles, 2020)。治疗性最近发展区作为解释性理论，更多的是被用来在具体的个案研究当中去解释当事人的进步或者退步现象。

在这种方法论下，同化模型和治疗性最近发展区理论的进展依赖于个案研究的积累，而不是主流的数据收集假设检验过程。在理论建构质性研究方法论的基础上，治疗性最近发展区的理论发展主要来自于从不同角度对心理咨询与治疗个案进行的质性研究。

2.2 研究进展

有很多研究支持并阐述了治疗性最近发展区这个概念(Caro-Gabalda & Stiles, 2013; Meystre et al., 2014; Ribeiro et al., 2013, 2014, 2018; Zonzi et al., 2014)。研究者主要使用治疗协作编码系统(TCCS)作为研究工具，对不同的个案研究进行分析。目前的研究主要集中在对治疗性最近发展区的作用，应用该理论理解不同效果案例的过程特征及进行不同效果案例之间的比较研究。

首先，就治疗性最近发展区在治疗过程中的作用而言，研究者发现：在治疗关系的初始阶段，治疗师的主要目标是确认当事人的期望并发展治疗关系的安全性和稳定性；在工作阶段，治疗师必须专注于挑战和脱离当事人最初的期望以及扩大他们的治疗性最近发展区界限，促进当事人理解吸收有问题的经验，提高他们对风险的容忍度(Ribeiro et al., 2013, 2014)。对于不同的当事人而言，其治疗性最近发展区是不一样的，治疗师对支持或挑战技术的选择反映出每个当事人当下的首要需求，也就是说，治疗师对当事人目前问题治疗性最近发展区的关注有助于他们在支持性干预和挑战性干预之间取得平衡，便于促进当事人的心理发展(Ribeiro et al., 2016)。而且，当治疗师

在治疗性最近发展区与当事人进行合作交流的时候更容易出现创新时刻(Ribeiro et al., 2018)。

其次，研究者用治疗性最近发展区理论来理解和解释好效果和坏效果的咨询案例，并对比两者的过程特征，具体如下。

第一，用于理解效果良好的咨询案例的原因和特征。例如，Taveira 等人(2017)采用治疗协作编码系统研究了职业咨询培训中经常被用到的一个典范案例，理解治疗师帮助当事人在职业发展中产生良好效果的原因，结果表明当事人在咨询过程中所表现出的进步和退步，认可和不认可，都符合治疗性最近发展区理论，即在治疗性最近发展区的不同部分使用合适的咨询技术(比如支持、面质等)会产生更好的咨询效果。反过来，Strating 和 Pascual-Leone (2019)应用治疗性最近发展区理论来理解以情绪训练为基础的人格障碍的治疗过程。研究者认为可以在理论上将同化问题经验序列中的不同发展阶段转化为不同水平的情绪复杂程度的处理能力，在咨询实践当中，治疗师首先了解当事人的背景和情绪处理能力，从而确定当事人所处的发展区域以及当事人有可能发展出的能力，这样就可以在咨询中以实现当事人有可能发展出的能力为目标，从而在咨询中为当事人提供相应的指导。研究者对基于过程模型的人格障碍研究的分析支持了他们的这个假设，即通过了解当事人的治疗性最近发展区，治疗师可以识别每时每刻的情绪表达，并能够运用这个模型朝向积极的情绪进行转变，进而促进治疗效果，因此，情绪转变发生在可观察和特定的序列中，而这些序列可以预测人格障碍当事人的积极治疗效果。

第二，用于理解咨询效果不佳的案例。Pinto 等人(2018)通过治疗协作编码了解脱落的当事人与治疗师的互动特征，经过对 7 个重度抑郁患者的治疗过程的分析，发现治疗师在互动中大量采用了“挑战”的方式，而且有不断增加风险的倾向性，也就是在治疗性最近发展区的上限部分来促进当事人的进步，而在这个过程中，当事人会在接受治疗师所提出的挑战和维持自己固有的视角之间徘徊。当治疗师不顾及当事人的矛盾状态而不断挑战当事人的自我叙事的时候，非合作性质的交流就会不断增加，最终导致当事人感到过度的风险，从而选择退出咨询过程。Wahlström (2021)用治疗性最近发展区理论来解释治疗师和当事人对咨询效果产生不一致认识的现象。研究者对已发表的一期特刊文章进行分析，总结了不同类型的出现矛盾结果的咨询原因：有可能治疗师没有能够敏感地停留在发展区域内与当事人进行合作交流，以至于让当事人产生了不信任感；或者治疗师错误地判断了当事人当前所处的治疗性最近发展区域，因此没有能够和当事人从同一角度看待问题经验(Wahlström, 2021)。类似的研究还包括通过治疗协作编码来了解当治疗师与当事人产生意见冲突时，治疗师如何通过沟通重新建立与当事人的合作关系(Cardoso et al., 2020)；在对一个遭受创伤性事件的儿童进行咨询的过程中，治疗师在儿童没有准备充分的情况下主动提起创伤性事件，导致治疗超出了治疗性最近发展区而产生倒退(Aro et al., 2021)。

第三，根据治疗性最近发展区来对比好坏咨询效果的案例，从而对其咨询过程的特征进行描述。目前对于咨询效果已经有相应的评价指标，而对于咨询过程究竟是怎样发生效果的，治疗性最近发展区提供了一个理论解释。早在 2017 年，国内学者鲁艳桦等人(2017)就以治疗性最近发展区理论为基础，采用治疗协作编码系统对成功和失败的案例进行对比研究。他们在研究中发现，在好效果的案例中，治疗师更多地使用了支持性介入；在坏效果的案例中，治疗师更多地使用了挑战性介入。不同效果的咨询在治疗性最近发展区上存在差异：在好效果的案例中，治疗师与当事人的交流处在“确认−可忍受冒险”区域的频次要高于坏效果的咨询案例。类似地，Basto 等人(2021)以同化模型为基础，选取一个成功的和一个失败的案例进行对比研究，两个案例采用了不同的治疗方法(情绪疗法和认知行为疗法)，经过分析发现，在好效果的咨询过程当中存在“波动”现象：当事人并没有按照同化问题经验连续体的发展阶段不断进步，而是在不同水平之间摇摆，存在不稳定性，而在结果并不理想的咨询当中，当事人却会处在比较稳定的水平上。研究者在讨论中认为两个案例的区别在于，不管初始的同化问题经验水平如何，失败案例中的当事人一开始处在治疗性最近发展区比较低的位置，因此当治疗师尝试挑战当事人的时候，当事人反而产生了更多的阻抗，而对于成功案例中的当事人来说，

最初处在治疗性最近发展区比较高的位置，因此治疗师的干预手段就会取得更好的效果。

3 治疗性最近发展区的临床启示

3.1 理解心理治疗中的倒退

心理治疗中经常出现当事人的倒退现象，早期的研究者将之认为是治疗过程中的阻碍(Engle & Arkowitz, 2006; Leiper & Kent, 2001; Wachtel, 1999)。然而，使用同化模型及治疗性最近发展区理论对倒退的研究给出了一个新的视角，这是以往研究不曾有的。在研究者看来，心理治疗并不完全是一个线性的过程，同化也存在着“前进中倒退”的现象，即“非规则同化进程中的倒退”，因此同化倒退是治疗过程中的正常部分(Caro-Gabalda & Stiles, 2013)。通俗来讲，治疗的进程并非是“一步一个脚印”缓慢向前，而是以一种“两步前进，一步倒退”的模式循环往复前进，这就又使得治疗师陷入了两难的境地，挑战当事人也许能够让其迅速地进入同化的下一个阶段，缓解自身症状，但如果在错误的阶段选取较为激烈，带有一定风险性的技术，比如面质技术，那么很有可能适得其反，前功尽弃。因此，治疗性最近发展区能够提示治疗师更好地把握咨询关系，在适当的阶段选择适当的咨询技术。

同化模型中的倒退被定义为同化经验连续体中相对较小的下降(Caro-Gabalda & Stiles, 2013)。从一个同化经验阶段到一个更高的阶段可以被认为是治疗进展，而从一个更高的阶段到一个更低的阶段可以被认为是倒退。例如，如果当事人对某些问题达到了阶段 4 (洞察)，那么回到阶段 3 (澄清)将是一个小倒退；回到阶段 2 (出现)或阶段 1 (不想要的想法)将是一个更大的倒退。在认知行为疗法(Caro-Gabalda & Stiles, 2009, 2013; Osatuke et al., 2005)，情绪聚焦疗法(Mendes et al., 2016; Ribeiro et al., 2016)和短期策略疗法(Pérez- Ruiz & Caro-Gabalda, 2016)中都观察到了这种倒退现象。是什么导致了当事人的倒退呢？迄今为止，对心理治疗中的倒退给予最重要的原因解释主要基于同化模型及治疗性最近发展区理论：平衡策略和超过治疗性最近发展区(TZPD)的上限(Caro-Gabalda & Stiles, 2013; Caro-Gabalda et al., 2016; Mendes et al., 2016)。作为两种倒退类型的概念，它们的主要区别在于治疗师和当事人的合作关系不同。

在平衡策略中，治疗师对当事人的干预目的是将其注意力引导到主要问题下的一个子问题上，而这一分支相较于当前主题处在较低的同化经验序列水平。通过这种策略，治疗师希望将对话的重点切入到一个可能更重要或是更困难的问题上，如果当事人积极配合并遵循治疗师的引导，那么这就构成了平衡策略类型的治疗倒退。这种倒退其实表明当事人已经有能力并且愿意面对当前问题中更为棘手的部分，治疗协作关系足够稳定以支持治疗师和当事人在更深层次上展开对话。

超过治疗性最近发展区的倒退，指的是治疗师干预措施的介入超过了当事人所能忍受的工作范围，当事人还没有准备好遵循治疗师的问题和建议。如果治疗师试图引导当事人面对处于更高水平的问题，例如挑战当事人考虑当前对自己来说风险过大的事情，而当事人没能跟上这一转变，难以配合治疗师的引导，使得对话进程退回到让自己感到舒适和安全的内容，这就是超过治疗性最近发展区类型的倒退现象(Ribeiro et al, 2014)。因此，超过治疗性最近发展区的倒退表明当事人在跟进方面有困难，这种类型的倒退可能意味着治疗师过于努力或是治疗师和当事人之间的协调性欠佳(Stiles et al., 2016)，简单来说，超过治疗性最近发展区的倒退反映的是治疗性沟通中的一个暂时性问题。总而言之，平衡策略的倒退意味着治疗的深入和进步，超过治疗性最近发展区的倒退则标志着当事人目前治疗性最近发展区的上限，无论哪种倒退都是治疗师和当事人之间发生互动的体现。

在 Caro-Gabalda 和 Stiles (2019)的研究中，他们将当事人发生倒退之前治疗师的活动进行编码，分析与倒退产生的两种原因类型相关的治疗师活动，发现在效果不佳的治疗案例中，治疗师在当事人心理改变倒退前采用了挑战性过高的干预措施，导致对当事人内心主导声音的忽视。Caro-Gabalda 和 Stiles (2020b)应用治疗性最近发展区的案例研究进一步支持和阐述了以上论述，他们在治疗实例中观察得出，倒退本身作为治疗过程的一个现象，并不会阻碍治疗的深入，相反，可能代表了治疗师和当事人的双向努力，以鼓励非主导声音的出现和表达，毕竟只有当非主导声音得到关注时，它们才更有可能与主导声音发生对话，最终被个体内部的核心部分同化。因此，对于

治疗师来说，最重要的不是避免倒退的出现，而是在治疗过程中发现和辨析倒退，进而审视当事人的接受程度以及关键问题的位置所在，便于后续工作的开展。

3.2 使用支持和挑战策略的恰当时机

Ribeiro 等人(2013)将治疗师推动当事人改变的策略分为支持和挑战两大类，每一类都包含相应的具体技术，结合治疗师的干预和当事人的反馈，治疗性最近发展区可以明确当事人所处的心理阶段，治疗协作编码系统可以区分当事人在对话中用主导还是非主导声音进行表达。在支持和挑战这两种干预中，当事人可以根据他们所经历的风险等级来认可或排斥治疗干预，这种风险等级取决于相对当事人当前治疗性最近发展区的干预位置，所以在干预措施实行后，当事人可能会表现出矛盾心理，它可以被认为是一种自我保护机制，用来管理随变化而来的危机感，治疗师处理这些反应的方式可以决定治疗过程的进展或恶化。

支持策略包括更接近实际治疗性最近发展区水平的干预，即确认和阐述当事人对自己经验的观点。当当事人看到自己的观点得到治疗师的支持时，他们会有一种安全感。支持通常集中于当前的自我叙事，这往往是主导的不适应自我叙事，例如，治疗师试图从当事人的角度理解问题在当事人生活中所扮演的角色。

挑战包括更接近治疗性最近发展区潜在水平的干预，即超越当事人当前的不适应自我叙述，这可能会鼓励当事人修改它，产生一种风险体验(Engle & Arkowitz, 2008; Engle & Holiman, 2002; Goncalves & Stiles, 2011; Kelly, 1955; Mahoney, 1991; Ribeiro & Gonçalves, 2010)。从心理化(mentalization)理论的角度来看，安全感是心理化的前提(Liotti & Gilbert, 2011)。心理化转而也能培养当事人的能力，来容忍和吸收具有挑战性的干预措施，并在治疗性最近发展区内前进。元分析表明，破裂修复事件(治疗同盟破裂和相应的解决尝试)对治疗结果有积极影响(Safran et al., 2001)，并且治疗师的面质可能会促发当事人的顿悟，通过修复破裂的治疗同盟也能直接或间接地加强治疗协作关系(Moeseneder et al., 2019)。也就是说，如果治疗师的干预超过了当事人的治疗性最近发展区，那么治疗关系的破裂可以被认为是当事人的非协作反应。治疗同盟的破裂不一定是干预不成功的标志，相反，在和谐的治疗协作情境下，治疗师甚至会故意造成一定程度的破裂来验证他们对于挑战性干预的反应(Stiles et al., 2016)。以挑战性技术为特点的治疗师，其面质或许有助于在紧张的治疗关系中推动当事人重新获得认知自由，进而引发一个更具建设性的转变过程，当事人可以回到与治疗师平等的位置，治疗师也可以通过这一过程向当事人展现自己的真实性和能力(Moeseneder et al., 2018)。

治疗协作要求治疗师对当事人不断变化的需求作出反应，包括察觉治疗中的风险，并抓住机会挑战当事人的观点从而向前推进治疗进程。治疗协作编码系统根据当事人对治疗师干预的即时反应来推断治疗师活动的准确性。理论上，治疗师可以通过平衡他们对当事人不断变化的需求的支持和挑战，在当事人感到安全的区域内展开工作，同时也愿意探索他们新出现的问题叙述，来促进或重建合作。但是对有问题的叙述给予过多的支持有可能失去改变和尝试新观点的机会，而过多的挑战有可能造成过度的焦虑和促进倒退。因此，治疗协作并非是一成不变的稳固状态，治疗师的干预以及当事人的反应决定了治疗协作必须是动态发展的，在紧密而复杂的心理治疗过程中，富有弹性的治疗协作关系更有利于治疗工作在当事人的实际治疗性最近发展区内展开。在这个过程中，治疗师如何权衡进行支持或挑战性干预显得更为重要(Ribeiro et al., 2016)。

4 总结及展望

由于心理治疗的实践性特点，对心理治疗的过程机制理解需要从不同的研究方法和角度推进。同化模型及治疗性最近发展区理论的提出具有其独特性，尤其是从方法论上提供了当前心理咨询与治疗理论建构的一种新思路，即前文所述的溯因逻辑，这一方法论将为未来关于心理咨询与治疗的理论建构以及理解心理治疗机制的研究提供更为丰富的视角。

同化模型具有逻辑清晰，简易明确，操作性强等优点，国外研究对于同化模型的运用已有数十年的历史，并且历经多次发展补充，而国内针对这一领域的相关研究还处在起步发展阶段，目前仅有江光荣团队应用同化模型探索当事人的心

理改变过程(见鲁艳桦, 江光荣, 2012; 鲁艳桦 等, 2014, 2015, 2017)。治疗性最近发展区理论可以很好地解释心理治疗中的倒退现象, 以及为治疗者采取的干预措施提供指导, 国内也仅有鲁艳桦等人(2017)针对好坏效果案例进行过内容分析。

治疗性最近发展区的研究难点在于当事人的治疗性最近发展区是一个时时水平(动态变化)的区段, 所以, 确定治疗性最近发展区的界限较为困难, 比如治疗师的经验、当事人对于心理困难的回避等影响因素几乎不能重复。然而, 未来的研究可以考虑从以下几个方面展开。

首先, 选取跨度更大的治疗对话序列, 为解释同化过程中的倒退现象提供整体性和系统性的证据。目前针对倒退的研究主要是将重点集中在相对简短的治疗对话序列上, 进一步的研究需要围绕倒退的更长区间展开, 可为治疗师的临床干预和当前所处治疗性最近发展区位置之间的关系提供证据。

其次, 探索经验丰富的治疗师如何判断当事人的治疗性最近发展区。临床中有些当事人表现出非常积极的自我改变动机和自我期许, 因此他们希望治疗师能够给予更多的挑战, 如解释、“洞悉”和建议等, 但是就治疗师对当事人的心理适应能力的评估而言, 可能他们还不足以承受挑战, 因此便形成了某种矛盾和冲突。一方面, 当事人觉得治疗师挑战不够, “不够过瘾”, 另一方面他们对于治疗师的挑战又充满抗拒。那些经验丰富的治疗师通常凭借自己的直觉或者经验判断当事人的发展区间和应对问题的区间, 而且会在恰当的时机选择恰当的干预方式, 而这种直觉和经验背后本身就包含了隐含的实践智慧, 如果能够在研究中进一步挖掘这种规律, 将会进一步深化对治疗性最近发展区的理解。

第三, 针对不同流派案例的治疗性最近发展区特点进行探索。以往研究主要集中于好坏效果案例, 但是不同理论流派在支持或者挑战上的观点不尽相同, 在治疗过程中如何促进当事人的改变, 以及他们所呈现出来的干预会落在治疗性最近发展区的哪个区段值得探讨, 这将会对不同流派的过程机制有更深入的理解与比较。

最后, 在治疗性最近发展区的治疗协作研究中增添不同的参与者视角。由于心理治疗本身属于人与人之间的对话互动, 因此无论是治疗师还是当事人都会随着治疗的深入而受到影响, 治疗师并不只是当事人改变的促进者, 其实治疗师自己也会受到当事人以及治疗关系的影响(Orlinsky et al., 2004)。因此, 未来关于治疗协作的研究需要着眼于更多类型的当事人和治疗师, 可从治疗师的角度或者治疗同盟的角度出发, 探讨在哪一区间内展开工作可以使得所有治疗参与者都处在可以忍受的区域内, 进而最大限度地提高心理治疗的有效性, 并进一步拓宽对心理治疗过程机制的理解。

致谢: 我们诚挚地感谢编委和两位匿名审稿人专业又细致的意见, 感谢亚利桑那州立大学王宝玉博士在研究资料搜集和英文摘要修改中给予的协助!

参考文献

鲁艳桦, 江光荣. (2012). 心理治疗中的同化模型. *心理科学进展, 20*(12), 2042–2051.

鲁艳桦, 江光荣, 林秀彬, 张华, 李婷婷, 倪聪, ... 佘壮. (2017). 心理咨询中好坏效果案例咨询互动的内容分析. *心理科学, 40*(2), 492–498.

鲁艳桦, 江光荣, 王熠姝, 吴蓉, 胡皓月, 胡萍, 刘嘉. (2015). 心理咨询中好坏效果案例的同化水平对比: 基于同化模型的视角. *心理科学, 38*(3), 739–747.

鲁艳桦, 江光荣, 朱文臻, 鲁婷, 朱旭, 孙启武. (2014). 心理咨询中当事人的改变过程: 同化模型的视角. *心理科学, 37*(5), 1253–1250.

徐健吾. (2019). 溯因推理及其在行为科学研究中的方法论前景. *科学与社会, 9*(4), 39–56.

Ahn, H.-n., & Wampold, B. E. (2001). Where, oh where, are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*(3), 251–257.

Aro, T., Kuusinen, K.-L., Stiles, W. B., & Laitila, A. (2021). Progress through the early stages of assimilation in play therapy with a traumatized six-year-old girl. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy, 20*(2), 119–135.

Basto, I., Stiles, W. B., Pinheiro, P., Mendes, I., Rijo, D., & Salgado, J. (2021). Fluctuation in the assimilation of problematic experiences: A comparison of two contrasting cases of Emotion Focused Therapy. *Psychotherapy Research, 31*(8), 1051–1066.

Basto, I. M., Stiles, W. B., Rijo, D., & Salgado, J. (2018). Does assimilation of problematic experiences predict a decrease in symptom intensity? *Clin Psychol Psychother.*

25(1), 76–84.

Cardoso, C., Pinto, D., & Ribeiro, E. (2020). Therapist's actions after therapeutic collaboration breaks: A single case study. *Psychotherapy Research*, *30*(4), 447–461.

Caro Gabalda, I., & Stiles, W. B. (2009). Retrocessos no contexto de terapia linguística de avaliaçâo [Setbacks in the context of linguistic therapy of evaluation]. *Análise Psicologica, 27*(2), 199–212.

Caro Gabalda, I., & Stiles, W. B. (2013). Irregular assimilation progress: Reasons for setbacks in the context of linguistic therapy of evaluation. *Psychotherapy Research, 23*(1), 35–53.

Caro Gabalda, I., & Stiles, W. B. (2019). Therapist activities preceding therapy setbacks in a poor-outcome case. *Counselling Psychology Quarterly, 32*(1), 18–38.

Caro Gabalda, I., & Stiles, W. B. (2020a). Breaking the dominance of dominant voices: How the therapist promotes assimilation by facilitating dialogue with the client's problematic voices. *Journal of Constructivist Psychology, 33*(4), 441–459.

Caro Gabalda, I., & Stiles, W. B. (2020b). Why setbacks are compatible with progress in assimilating problematic themes: Illustrations from the case of Alicia. *Psychotherapy Research*, *31*(3), 386–401.

Caro Gabalda, I., Stiles, W. B., & Pérez Ruiz, S. (2016). Therapist activities preceding setbacks in the assimilation process. *Psychotherapy Research*, *26*(6), 653–664.

Cheston, R., Gatting, L., Marshall, A., Spreadbury, J. H., & Coleman, P. (2017). Markers of assimilation of problematic experiences in dementia within the LivDem project. *Dementia, 16*(4), 443–460.

Coutinho, J., Ribeiro, E., Hill, C., & Safran, J. (2011). Therapists' and clients' experiences of alliance ruptures: A qualitative study. *Psychotherapy Research, 21*(5), 525–540.

Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, *15*, 207–231.

Engle, D. E., & Arkowitz, H. (2006). *Ambivalence in psychotherapy: Facilitating readiness to change.* New York: Guilford Press.

Engle, D., & Arkowitz, H. (2008). Viewing resistance as ambivalence: Integrative strategies for working with resistant ambivalence. *Journal of Humanistic Psychology, 48*(3), 389–412.

Engle, D., & Holiman, M. (2002). A gestalt-experiential perspective on resistance. *Journal of Clinical Psychology, 58*(2), 175–183.

Goncalves, M. M., Matos, M., & Santos, A. (2009). Narrative therapy and the nature of "innovative moments" in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology, 22*(1), 267–294.

Goncalves, M. M., & Stiles, W. B. (2011). Introducing the special section on narrative and psychotherapy. *Psychotherapy Research, 21*(1), 1–3.

Hacohen, N., Atzil-Slonim, D., Tuval-Mashiach, R., Bar-Kalifa, E., & Fisher, H. (2019). Multiplicity and mutuality in the transition of patient and therapist's self-states: Comparison of good vs. poor outcome groups. *Psychotherapy Research, 29*(6), 770–783.

Honos-Webb, L., & Stiles, W. B. (1998). Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 35*(1), 23–33.

Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs* (Vol. 1). New York: Routledge.

Leiman, M., & Stiles, W. B. (2001). Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the Assimilation Model: The case of Jan revisited. *Psychotherapy Research, 11*(3), 311–330.

Leiper, R., & Kent, R. (2001). *Working through setbacks in psychotherapy.* London: Sage.

Liotti, G., & Gilbert, P. (2011). Mentalizing, motivation, and social mentalities: Theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, *84*(1), 9–25.

Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that everyone has won and all must have prizes?. *Archives of General Psychiatry*, *32*(8), 995–1008.

Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy.* New York: Basic Books.

Mendes, I., Rosa, C., Stiles, W. B., Caro Gabalda, I., Gomes, P., Basto, I., & Salgado, J. (2016). Setbacks in the process of assimilation of problematic experiences in two cases of emotion-focused therapy for depression. *Psychotherapy Research*, *26*(6), 638–652.

Meystre, C., Kramer, U., de Roten, Y., Despland, J.-N., & Stiles, W. B. (2014). How psychotherapeutic exchanges become responsive: A theory-building case study in the framework of the assimilation model. *Counselling and Psychotherapy Research, 14*(1), 29–41.

Moeseneder, L., Figlioli, P., & Caspar, F. (2018). Confronting patients: Therapists' model of a responsiveness based approach. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 48*(2), 61–67.

Moeseneder, L., Ribeiro, E., Muran, J. C., & Caspar, F. (2019). Impact of confrontations by therapists on impairment and utilization of the therapeutic alliance.

Psychotherapy Research, 29(3), 293–305.

Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Berginand Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 307–392). New York, NY: Wiley.

Osatuke, K., Glick, M. J., Stiles, W. B., Greenberg, L. S., Shapiro, D. A., & Barkham, M. (2005). Temporal patterns of improvement in client-centred therapy and cognitive-behavior therapy. *Counselling Psychology Quarterly, 18*(2), 95–108.

Osatuke, K., & Stiles, W. B. (2006). Problematic internal voices in clients with borderline features: An elaboration of the assimilation model. *Journal of Constructivist Psychology, 19*(4), 287–319.

Osatuke, K., & Stiles, W. B. (2011). Numbers in assimilation research. *Theory and Psychology, 21*(2), 200–219.

Pérez Ruiz, S., & Caro Gabalda, I. (2016). La asimilación de experiencias problemáticas en la terapia breve estratégica: Olivia y su miedo a morir [Assimilation of problematic experiences in brief strategic therapy: Olivia and her fear of dying]. *Estudios de Psicología, 37,* 311–343.

Pinto, D., Sousa, I., Pinheiro, A., Freitas, A. C., & Ribeiro, E. (2018). The therapeutic collaboration in dropout cases of narrative therapy: An exploratory study. *Revista de Psicoterapia*, *29*(110), 167–184.

Ribeiro, A. P., & Goncalves, M. M. (2010). Commentary: Innovation and stability within the dialogical self: The centrality of ambivalence. *Culture & Psychology, 16*(1), 116–126.

Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., Loura, J., Gonçalves, M. M., Stiles, W. B., Horvath, A., & Sousa, I. (2014). Therapeutic collaboration and resistance: Describing the nature and quality of the therapeutic relationship within ambivalence events using the Therapeutic Collaboration Coding System. *Psychotherapy Research, 24*(3), 346–359.

Ribeiro, E., Cunha, C., Teixeira, A. S., Stiles, W. B., Pires, N., Santos, B., ... Salgado, J. (2016). Therapeutic collaboration and the assimilation of problematic experiences in emotion-focused therapy for depression: Comparison of two cases. *Psychotherapy Research, 26*(6), 665–680.

Ribeiro, E., Gonçalves, M. M., & Santos, B. (2018). How reconceptualization of the self is negotiated in psychotherapy: An exploratory study of the therapeutic collaboration. *Journal of Humanistic Psychology*, https://doi.org/10.1177/0022167818792123.

Ribeiro, E., Ribeiro, A. P., Goncalves, M. M., Horvath, A. O., & Stiles, W. B. (2013). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 86*(3), 294–314.

Ryle, A. (1994). Persuasion or education? The role of reformulation in cognitive analytic therapy. *International Journal of Short-Term Psychotherapy, 9*(2-3), 111–117.

Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 406–412.

Smedslund, J. (2016). Practicing psychology without an empirical evidence-base: The bricoleur model. *New Ideas in Psychology, 43*, 50–56.

Stiles, W. B. (1997). Signs and voices: Joining a conversation in progress. *British Journal of Medical Psychology, 70*(2), 169–176.

Stiles, W. B. (1999). Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 9*(1), 1–21.

Stiles, W. B. (2001). Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 462–465.

Stiles, W. B. (2010). Theory-building case studies as practice-based evidence. In M. Barkham, G. E. Hardy, & J. Mellor-Clark (Eds.), *Developing and delivering practice-based evidence: A guide for the psychological therapies*. John Wiley & Sons, Ltd.

Stiles, W. B. (2020). Bricoleurs and theory-building qualitative research: Responses to responsiveness. In T. G. Lindstad, E. Stänicke, & J. Valsiner (Eds.), *Respect for thought* (pp. 343–359). Springer, Cham.

Stiles, W. B., & Brinegar, M. G. (2007). Insight as a stage of assimilation: A theoretical perspective. In L. G. Castonguay & C. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (pp. 101–118).. Washington, DC: American Psychological Association.

Stiles, W. B., Caro Gabalda, I., & Ribeiro, E. (2016). Exceeding the therapeutic zone of proximal development as a clinical error. *Psychotherapy, 53*, 268–272.

Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 27*(3), 411–420.

Stiles, W. B., Morrison, L. A., Haw, S. K., Harper, H., Shapiro, D. A., & Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 28*(2), 195–206.

Stiles, W. B., Shapiro, D. A., Harper, H., & Morrison, L. A. (1995). Therapist contributions to psychotherapeutic assimilation: An alternative to the drug metaphor. *British Journal of Medical Psychology, 68*(1), 1–13.

Strating, M. A., & Pascual-Leone, A. (2019). Emotion-based case formulation for personality disorders. In Kramer, U. E. (Eds.). *Case Formulation for Personality Disorders* (pp. 355–374). Academic Press.

Taveira, M. D. C., Cardoso, P., Silva, F., & Ribeiro, E. (2017). The therapeutic collaboration in life design counselling: The case of Ryan. *South African Journal of Education*, *37*(4), 1–12.

Vygotsky, L. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Wachtel, P. L. (1999). Resistance as a problem for practice and theory. *Journal of Psychotherapy Integration, 9,* 103–118.

Wahlström, J. (2021). How paradoxical is 'paradoxical' outcome? Different pathways and implications. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, *23*(2), 222–236.

Wilson, A., & Weinstein, L. (1996). The transference and the zone of proximal development. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 44*(1), 167–200.

Zonzi, A., Barkham, M., Hardy, G. E., Llewelyn, S. P., Stiles, W. B., & Leiman, M. (2014). Zone of proximal development (ZPD) as an ability to play in psychotherapy: A theory-building case study of very brief therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 87*(4), 447–464.

Facilitating the client change: A perspective from the therapeutic zone of proximal development

WANG Dongmei, XIANG Kejia

(*Department of Psychology, School of Social and Behavioral Sciences, Nanjing University, Nanjing* 210023, *China*)

Abstract: Therapeutic zone of proximal development (TZPD) is an extension of Vygotsky's concept of the zone of proximal development in the field of psychotherapy. As the effective area of psychotherapy, TZPD represents the space between the actual development level and the potential development level of clients within a developmental sequence. The early assimilation model paid more attention to the description of the change process of psychotherapy, and the recent TZPD theory can further explain the help strategy of the therapist at different stages. In terms of research, TZPD theory is based on an unconventional methodology. TZPD theory is built upon accumulating observations in qualitative case studies in which TZPD help the therapist understand and interpret the psychotherapy process. In clinical practice, TZPD provides a new perspective for understanding the setback phenomenon in the psychotherapy process. It can effectively guide whether to adopt a challenge or a supportive strategy in clinical settings. The future of TZPD hinges on further exploration of the clinical wisdom of experienced therapists as well as theoretical exploration from different approaches and perspectives, which might ultimately lead to a better understanding of the dynamics of psychotherapy process.

Key words: therapeutic zone of proximal development, assimilation model, setbacks, therapeutic collaboration, psychotherapy process